

QUELQUES OBSERVATIONS
de
Tumeurs de la Vessie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Emile-Henry L'HERMIER DES PLANTES

Né à Avignon (Vaucluse), le 8 Décembre 1883



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

—
1909

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

Tumeurs de la Vessie

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1908-1909 — N° 137

QUELQUES OBSERVATIONS

de

Tumeurs de la Vessie

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-Emile-Henry L'HERMIER DES PLANTES

Né à Avignon (Vaucluse), le 8 Décembre 1883



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ : DOYEN.
COURMONT. ASSESSEUR.
DOYEN HONORAIRE : M LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNER, MONOYER,, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	TEISSIER.
	BARD.
Cliniques chirurgicales.	PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FABRE.
Clinique ophtalmologique.	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale.	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	COLLET.
Anatomie pathologique.	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLONG.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale.	MM. BERARD.	agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR.	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Etienne)	LATARGET, ch. . .
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	BÉRIEL, ch. . . .
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	VORON.	BRETIN, ch. . . .
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, *Président* ; BÉRARD, *Assesseur* ;
MM. LAROYENNE et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES ONCLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

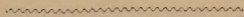
Hommage d'affection et de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté.

Chevalier de la Légion d'honneur.



A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON

Accoucheur des Hôpitaux.

Au moment de quitter la Faculté de Médecine de Lyon, pour débiter dans la pratique médicale, nous croirions manquer gravement à notre devoir si nous omettions de remercier nos maîtres du précieux enseignement qu'ils nous ont donné.

M. le Docteur MOUISSET, médecin de l'Hôtel-Dieu, a bien voulu nous porter un intérêt tout particulier, et nous permettre de suivre pendant deux années consécutives ses doctes leçons au lit du malade. Jamais ses conseils ne nous ont manqué, il nous a prodigué son enseignement avec une inlassable sollicitude. Nous l'en remercions bien vivement.

Nous n'oublierons jamais avec quelle bienveillance M. le Professeur agrégé VORON nous a accueilli dans son service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, et quelle précieuse marque d'attention il a eue à notre égard en nous autorisant à suivre ses leçons en dehors des trois semaines de stage fixées par le règlement. Si nous avons, plus tard, quelque succès en obstétrique, c'est à lui que nous le devons. Nous ne saurions trop l'en remercier, en l'assurant de notre éternelle reconnaissance.

Enfin, nous n'oublierons pas non plus de remercier M. le Professeur ROLLET d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre Thèse.

INTRODUCTION

Lorsque, sur les conseils de M. le Docteur Leriche, chef de clinique chirurgicale de M. le Professeur Poncet, nous avons choisi pour sujet de notre thèse inaugurale *Les Tumeurs de la vessie*, nous n'avons pas eu l'intention d'étudier au point de vue général cette question si bien connue depuis les travaux remarquables de Guyon, Albarran, Clado, en France, Thompson en Angleterre, Passerini en Italie, etc., etc. Nous avons jugé inutile de recopier, en les résumant, les descriptions de ces maîtres : elles ne pouvaient qu'y perdre.

Mais comme il nous a été donné dernièrement d'observer de très près, dans le service de notre Maître, M. le Professeur Poncet, un cas de néoplasme vésical qui nous a fort intéressé ; comme, d'autre part, nous avons eu la bonne fortune de trouver dans le même service un certain nombre d'observations intéressantes, concernant des malades qui ont été l'objet d'interventions pour tumeurs de la vessie, nous avons cru faire un travail plus utile, en tout cas plus personnel, en rassemblant ces observations, et en les commentant de façon à en tirer des conclusions pratiques sur l'étiologie, la symptomatologie, le diagnos-

tic et le traitement des néoplasmes vésicaux, — conclusions basées, non pas sur ce que nous avons pu lire, mais sur ce que nous avons pu observer.

Notre travail comprendra trois parties :

I. — Dans la première partie nous reproduirons intégralement, et sans les faire suivre de commentaires, les observations qui nous ont été communiquées.

II. — Dans la deuxième partie, nous nous efforcerons de dépouiller ces observations et d'exposer le plus clairement possible ce que chacune d'elles nous apprend de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement des tumeurs de la vessie.

III. — Enfin, dans la troisième partie, nous énoncerons nos conclusions.

Nous ne saurions trop remercier ici M. le Docteur Leriche de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et de la part qu'il a bien voulu prendre à la rédaction de ce travail. C'est grâce à sa précieuse direction et à son concours éclairé que nous avons pu mener à bonne fin notre thèse ; nous tenons à lui rendre, dès les premières pages, l'hommage qui lui est dû, et à l'assurer de notre bien vive reconnaissance.

M. le Docteur Rafin, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, nous a communiqué avec empressement les résultats de ses recherches et s'est offert à nous guider. Qu'il reçoive ici nos meilleurs remerciements et l'assurance de notre vive gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

Observations

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur Poncet).

(Publiée par MM. Arnaud et Leriche, in *Lyon Médical*,
15 novembre 1908).

Tumeur maligne de la vessie. — Rupture sous-péritonéale de l'organe. — Cystostomie temporaire. — Survie de quinze mois. — Autopsie : extension locale de la tumeur, — compression des uretères, — hydronéphrose unilatérale.

Le malade, âgé de 70 ans, était depuis une quinzaine d'années déjà sujet à des hématuries capricieuses. Brusquement, en mars 1907, il fut pris d'une rétention d'urine qui dura 48 heures. Un médecin consulté alors pratiqua le cathétérisme et ne retira que quelques gouttes de sang ; le malade fut aussitôt adressé à l'hôpital, et admis dans le service de M. le Professeur Poncet.

Il fut examiné le soir même par M. Leriche. A ce moment l'état général était assez bon ; les douleurs peu vives. La palpation hypo-

gastrique révélait la présence d'une masse ovoïde, régulière, remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic et qui vraisemblablement était la vessie. Au toucher rectal, la prostate ne paraissait pas hypertrophiée ; le cathétérisme pratiqué ne ramena encore que quelques gouttes de sang.

M. Leriche crut avoir affaire à une vessie pleine de caillots, par reflux du sang après une hémorragie prostatique, et, pour rendre possible leur évacuation, pratiqua d'urgence une taille hypogastrique. Il se trouva alors en présence d'une collection uro-hématique sous péritonéale considérable due à une rupture sous-péritonéale de la vessie.

Mais quelle était la cause de cette rupture ? L'on ne tarda pas à être bientôt fixé à ce sujet. Le doigt, suivant la face postérieure du pubis, pénétrait dans la vessie à travers un orifice étoilé et du diamètre d'une pièce de 50 centimes, et trouvait une tumeur mollassée, bosselée, du volume d'une petite mandarine, au centre de laquelle s'ouvrait l'urèthre. Il s'agissait donc d'une rupture sous-péritonéale dans une vessie néoplasique.

Le malade était obèse, son état général altéré ; l'on ne pouvait songer, étant donnés le siège et les dimensions de la tumeur, à une opération curatrice ; un gros drain et des mèches furent donc placés dans la cavité paravésicale, au préalable soigneusement débarrassée des caillots et du liquide uro-hématique qui la remplissaient.

Contrairement à toute attente, le malade guérit. Après quatre ou cinq jours d'un état précaire, une amélioration nette se produisit ; la miction se rétablit par l'urèthre, si bien que l'incision hypogastrique se cicatrisa en quinze jours. Et pourtant, la tumeur vésicale avait paru nettement maligne ; malheureusement, l'examen histologique n'avait pu être pratiqué, et la preuve irréfutable de la malignité de l'affection faisait défaut.

En raison de cette évolution heureuse, la malignité de la tumeur fut mise en doute.

L'évolution ultérieure de l'affection ne devait pas confirmer cette façon de penser.

A la fin de mars 1907, le malade, en apparence complètement guéri, avait quitté l'Hôtel-Dieu.

Pendant huit mois il jouit d'une bonne santé. Les mictions s'effectuaient normalement sans douleur, un peu lentes pourtant. Il y a sept mois réapparurent des troubles vésicaux : des hématuries capricieuses assez abondantes, puis des difficultés de la miction compliquées de phénomènes de cystite. Des douleurs vives et une pyurie abondante survinrent. Dès lors se produisit une altération notable de l'état général.

Tous les troubles locaux et généraux allèrent en augmentant jusqu'à il y a trois mois environ. A ce moment, la paroi abdominale antérieure devint épaisse, cartonnée, douloureuse ; la coloration jusque-là normale se modifia : les téguments devinrent rouges violacés, enfin une ulcération se produisit sur la ligne médiane qui s'agrandit peu à peu en surface et en profondeur, faisant communiquer la vessie avec l'extérieur.

Le 10 mai 1908, le malade revient à l'hôpital.

L'inspection de la région hypogastrique montre une ulcération bourgeonnante, à bords surélevés, s'étendant du pubis à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; les téguments sur une largeur de plusieurs centimètres, de part et d'autre de la ligne médiane, sont indurés, épaissis, violacés ; la main pourrait presque être introduite à travers l'ulcération qui laisse apercevoir le bas-fond vésical bosselé, irrégulier. Des infections secondaires surajoutées donnent à la plaie abdominale un aspect repoussant et une odeur fétide.

Il existe à la région périnéale, immédiatement en arrière de la racine des bourses, une fistule par laquelle s'écoule un peu d'urine. Celle-ci est émise en partie aussi par le méat, mais en majeure partie par l'ouverture hypogastrique.

Le toucher rectal permet de sentir le bas-fond vésical cartonné ; mais la prostate n'est ni épaissie, ni hypertrophiée, et il ne semble pas qu'elle soit envahie par le processus néoplasique.

L'état général est mauvais, le malade amaigri a une teinte jaune paille, la langue est sèche, rôtie ; il y a de la température, 38°, 38°5. Pourtant le malade ne souffre actuellement plus : l'ouverture de la vessie à la paroi a coïncidé avec la disparition des douleurs et des

phénomènes de cystite. L'urine s'écoule incessamment par la brèche hypogastrique, souillant constamment les pansements, si bien qu'il est impossible de se rendre compte de la quantité d'urine journellement émise; en tout cas le malade ne présente pas de signe d'intoxication urémique. A la palpation d'ailleurs, les reins ne paraissent ni gros, ni douloureux.

Cependant le malade baisse visiblement chaque jour, et apparemment arrivé au dernier terme de la cachexie néoplasique, il meurt le 17 mai dans la soirée.

L'autopsie est pratiquée le 19 mai au matin. L'on se propose d'enlever la tumeur vésicale et l'arbre urinaire. Etant données les adhérences de la tumeur à la paroi abdominale antérieure ulcérée, on circonscrit toute la région envahie par une incision ovale s'étendant verticalement de l'ombilic au pubis et passant transversalement en dehors des droits.

A l'incision, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané apparaissent durs, épaissis et lardacés. Les muscles droits sont envahis par le processus néoplasique.

La tumeur, détachée avec une partie de la paroi abdominale, devient dès lors plus facile à cliver. Par endroit et en dehors des limites de la tumeur, le bistouri ouvre des poches purulentes paravésicales consécutives à des ruptures de la vessie avec diffusion de l'urine qui a stagné dans les tissus et s'est secondairement infectée.

La tumeur s'étend en largeur jusqu'aux faces latérales de l'excavation pelvienne, en hauteur de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'au plancher pelvien. Une couche de tissu graisseux, épaissi (péricystite lipomateuse), la sépare des organes avoisinant avec lesquels elle ne contracte pas d'adhérences.

Les uretères, gros, fluxueux, du volume du petit doigt, et pris d'abord pour les artères hypogastriques, sont découverts, celui de droite plus volumineux et plus médian, le gauche plus petit et davantage déjeté contre la paroi latérale du pelvis.

La face postérieure de la tumeur est libre de toute adhérence avec l'intestin, notamment avec l'S iliaque et la portion supérieure du rectum. Plus bas il existe quelques adhérences avec cet organe.

Au niveau du bas-fond vésical, l'extirpation redevient difficile. La vessie est sectionnée au niveau de son col et son décollement poursuivi en arrière à coups de ciseaux. Bientôt la tumeur vésicale est tout entière détachée et mobile dans l'excavation pelvienne.

On songe alors à enlever les reins reliés à la tumeur par les uretères déjà disséqués jusqu'à leur croisement iliaque.

Le péritoine pariétal postérieur est décollé et relevé et la dissection des uretères poursuivie de bas en haut jusqu'au bassin ; mais cette dissection est difficile car les uretères sont noyés dans une épaisse gangue graisseuse dans laquelle il faut les sculpter.

L'ablation des reins est tout aussi malaisée. On les enlève avec la graisse périnéale, abondante et indurée, dont il est impossible de les séparer.

L'appareil urinaire, détaché en totalité, est enlevé, mis de côté, et on poursuit l'autopsie.

A ce moment, la cavité pelvienne apparaît libre. Le plancher pelvien est revêtu d'une couche de tissu lardacé ; en bas on aperçoit la loge prostatique et la section de l'urèthre, en apparence au moins, non envahis par le processus néoplasique. En arrière enfin, l'on voit le rectum entaillé à la partie inférieure, mais nullement ouvert, preuve d'une adhérence partielle à la vessie. A droite, le canal déférent apparaît intact dans la plus grande partie de son trajet pelvien ; à gauche, il est impossible de le retrouver.

Il n'existe pas d'adénopathie marquée : seuls quelques ganglions hypertrophiés sont trouvés, tant à droite qu'à gauche, dans l'angle de bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs.

Eviscération faite, l'examen des différents organes est négatif ; le foie et les poumons en particulier sont intacts, et à la coupe ne paraissent pas être le siège d'embolies néoplasiques.

Dès lors, on s'occupe à nouveau de l'appareil urinaire enlevé en bloc.

La vessie apparaît énorme, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. Elle est particulièrement dilatée au niveau du sommet, de la face postérieure et du bas fond. La face antérieure tout entière adhère en avant à la paroi abdominale. Les tuniques de l'organe sont épaissies.

sies, recouvertes sur la face externe comme l'appareil urinaire tout entier d'une couche lardacée épaissie qui les sépare des organes avoisinants.

La surface du côté de la muqueuse apparaît irrégulière, tomenteuse, avec de nombreux filaments rubanés, flottant dans la cavité, réalisant tout à fait le type des tumeurs villeuses si souvent revêtu par les néoplasmes vésicaux. Les proliférations néoplasiques sont surtout abondantes autour du trigone et sur la face antérieure de la vessie.

L'examen histologique n'a malheureusement pas, cette fois encore, pu être pratiqué. Mais, à n'en pas douter, il s'agit d'une tumeur épithéliomateuse à forme végétante.

Le réservoir urinaire, partout épaissi, l'est surtout au niveau de la paroi postérieure et du bas-fond. L'épaisseur atteint un centimètre et demi et la couche graisseuse prévésicale y est particulièrement dense. Elle englobe les vésicules séminales, les canaux déférents difficiles à isoler et à reconnaître même après dissection, et, plus en dehors, les uretères adhérents à la vessie sur une longueur de 5 ou 6 centimètres. Ils sont rétrécis dans leur portion juxta-vésicale, épaissis au contraire et dilatés au-dessus de ce niveau. Le droit a le calibre du petit doigt ; le gauche est un peu moins volumineux. Tous deux, comme la vessie, sont enserrés dans une gangue lardacée dans laquelle il faut les sculpter.

Les reins eux aussi sont perdus dans une abondante masse graisseuse qui crie sous le couteau et dont il est difficile de les dégager. Débarrassés de leur atmosphère cellulo adipeuse, ils apparaissent fort différents. Le rein droit est petit, rouge, induré. Il pèse 60 grammes à peine ; le bassinnet fort dilaté témoigne nettement d'une hydronéphrose due sans doute à la compression par la tumeur de l'uretère correspondant. Le rein gauche, au contraire, est volumineux (il pèse 180 grammes), de coloration et de consistance normales.

A la coupe, les deux reins sont tout aussi dissemblables : à droite, les calices, très hypertrophiés, occupent en majeure partie le parenchyme rénal très raréfié, et la substance corticale est réduite à une épaisseur de quelques millimètres. Le bassinnet, qui fait suite aux calices, est très volumineux, fort dilaté ; l'uretère, épaissi lui aussi, s'implante à la partie déclive. A en juger par la consistance et la ré-

duction extrême de son parenchyme, le rôle du rein droit dans l'excrétion urinaire devait être minime, peut être même nul.

Fendu, le rein gauche montre un parenchyme très développé, les calices et le bassinet sont normaux. Il semble bien que ce rein ayant à assurer la presque totalité et peut-être toute l'excrétion urinaire ait subi une hypertrophie compensatrice.

L'atmosphère cellulo-graisseuse qui entoure les reins tant à gauche qu'à droite, épaissie, enflammée, témoigne du processus de périnéphrite intense qui s'était développé également de chaque côté et doit être attribuée à une infection ascendante des voies urinaires supérieures.

OBSERVATION II

in-thèse de Delbru (Lyon 1899/)

*Tumeur de la vessie occupant le dôme. — Cystectomie. —
Guérison. — Récidive deux mois après la guérison.*

D..., salle St-Philippe, n° 10, âgé de 48 ans, cocher. Entre le 29 septembre 1898.

Antécédents: pas de syphilis, alcoolisme : 3 litres de vin, 2 absinthés, et 2 ou 3 petits verres par jour. Marié, pas d'enfants, femme bien portante.

Il y a un mois, brusque apparition de douleurs abdominales sans irradiations ni localisation spéciale. En même temps, vomissements alimentaires et constipation. Aucune modification dans les urines ; les douleurs durent deux ou trois jours.

Huit jours après, hématuries sans cause apparente ; en même temps les douleurs deviennent fréquentes et le malade entre à l'hôpital.

Actuellement, hématuries surtout prononcées dans la journée et cessant à peu près complètement la nuit, exagérées par les efforts et la marche. Les mictions s'élèvent à plus de cent par jour ; les premières gouttes d'urine sont légèrement teintées de sang, et cette couleur est conservée pendant toute la miction ; à la fin quelques gouttes de sang pur. Les besoins sont très impérieux et les mictions douloureuses à la fin.

Le jet d'urine est normal ; pas d'interruption brusque.

Au palper abdominal, violente contraction de défense empêchant de rien sentir dans la région vésicale, qu'une zone d'induration mal limitée.

Toucher rectal: le bas-fond est libre, mais il y a au-dessus une certaine rénitence.

Peu de données à l'exploration digitale et rectale combinées.

A l'explorateur de Guyon, on se rend compte que la distension de la vessie est douloureuse et difficile ; la vessie ne tolère pas plus de 70 à 80 grammes, et cette distension amène une légère hémorragie.

Le cathéter de Guyon ne décèle aucun calcul dans le bas fond, mais au niveau de la région antérieure et du sommet, le bec de l'instrument flotte sur une surface un peu rugueuse et mamelonnée assez étendue, qui donne au doigt une sensation caractéristique. Cet examen détermine un assez abondant suintement sanguin.

La cystoscopie n'est pas pratiquée ; elle aurait été, d'ailleurs, assez difficile, par suite des hémorragies qui se produisent de temps en temps dans la vessie.

Le malade demandant à être débarrassé de suite, l'opération est décidée et pratiquée le 30 septembre 1898 ; on se dispose à faire une cystostomie qui mettra la vessie au repos si l'ablation est impossible.

En conséquence, on fait une incision sus-pubienne ordinaire (7 à 8 centimètres) qui amène sur un globe vésical très volumineux, mais de consistance très résistante. Le bistouri plonge dans la masse et enfonce de 2 à 3 centimètres sans ouvrir la cavité. Il faut se reporter plus bas sur la vessie pour inciser en arrière des pubis. Alors, au doigt, on reconnaît que la tumeur du volume d'une orange a envahi tout le dôme vésical, mais que le bas-fond et le trigone sont encore libres. L'extirpation peut donc être tentée.

Pour se donner du jour, M. Bérard incise les insertions des grands droits au niveau du pubis comme pour la taille de Trendelenburg, après avoir agrandi de chaque côté en T son incision cutanée.

Le péritoine est assez facilement décollé au niveau de la face antérieure et des faces latérales jusqu'à l'insertion de l'ouraque. A ce niveau, on l'incise après avoir bourré de gaze iodoformée la partie inférieure de la plaie et la cavité vésicale pour prévenir l'infection péritonéale.

Le péritoine ouvert, on peut explorer la face postérieure de la vessie sur laquelle on enlève une frange épiploïque qui y adhère. En arrière, le péritoine est fixé par la tumeur au muscle vésical. On arrive enfin à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la prostate à une paroi sou-

ple au niveau de laquelle le clivage du péritoine par sa face postérieure est de nouveau possible.

De cette façon, une collerette péritonéale inférieure est délimitée qui est suturée à la collerette supérieure, d'abord par des points séparés, puis par quelques points en biseau assurant l'exacte suture des extrémités.

L'ablation de la tumeur vésicale peut dès lors être continuée en dehors du péritoine.

Elle est effectuée en faisant porter la section vésicale en un point de la paroi saine en dehors du néoplasme et en pinçant au fur et à mesure les vaisseaux qui donnent. Toutes les portions malades de la vessie sont ainsi enlevées, mais on se rend compte que, de chaque côté, et surtout à droite, partent des cordons blancs résistants, qui vont vers la prostate et le petit bassin, sans doute des lymphatiques envahis.

L'opération est terminée assez simplement, grâce aux incisions transversales ; les parois de l'abdomen sont invaginées en dedans et suturées exactement à la portion restante de la vessie.

L'urine a ainsi un libre écoulement au dehors et semble sourdre comme d'une cuvette.

Pansement de cystostomie.

Les fils sont enlevés le septième jour et la plaie hypogastrique se rétrécit peu à peu pour acquérir, en fin de compte, les dimensions d'un simple méat sus-pubien.

A noter seulement des douleurs vésicales assez vives durant les quarante-huit premières heures, du fait du tiraillement du bas-fond vésical.

Les jours suivants, on peut remarquer que la cavité vésicale s'agrandissait ; mais pourtant la miction ne s'est jamais effectuée par le canal urétral qu'accidentellement. On n'a jamais rien fait pour refermer l'orifice sus-pubien, car dans ces cas, comme le dit M. le Professeur Poncet, si l'urine ne prend pas le chemin par elle-même, c'est qu'il y a quelques troubles d'excrétion nécessitant le méat hypogastrique.

Le malade sort le 29 novembre 1908, avec un appareil à méat hypogastrique.

Pendant près d'un mois tout alla bien, malgré que l'amaigrissement continuât.

Dans la dernière semaine de novembre apparût un bourgeon de récédive qui s'étendit assez rapidement. Cette récédive donna un coup de fouet à la cachexie, et le malade succomba deux mois après l'intervention.

Nature de la tumeur : épithéliome.

OBSERVATION III

(Inédite).

(Service de M. le Professeur Poncet).

Tumeurs de la vessie. — Hématuries. — Ouverture sus-pubienne. — Excision de la tumeur. — Suture de la vessie avec un drain et une sonde à demeure. — Mort par septicémie vingt jours après l'intervention.

B., Victor, 59 ans, quincaillier, entre à la salle Saint-Philippe le 1^{er} juillet 1903.

A. H. — Père mort d'affection inconnue à 60 ans. — Mère morte de pneumonie à 75 ans.

A. C. — Trois sœurs bien portantes.

A. P. — Personnellement, le malade dit avoir toujours joui d'une excellente santé. Il a eu, en 1868, une blennorrhagie qui dura une trentaine de jours, et fut soignée par un médecin militaire.

Il y a dix-neuf mois, en urinant, il s'aperçut que ses urines étaient sanglantes pendant quelques jours, sans qu'il éprouvât aucune douleur ni aucun trouble fonctionnel.

Peu à peu, les hématuries se firent de plus en plus abondantes, et le malade s'anémia rapidement. Il vint, il y a un mois, consulter à Lyon M. le Docteur Rafin, qui l'examina au cystoscope, et diagnostiqua une tumeur pédiculée siégeant au niveau du col de la vessie. M. Rafin considéra l'intervention comme possible, peut-être nécessaire. Le malade ne voulut pas s'y soumettre, retourna chez lui, et suivit un traitement par l'eau d'Evian, les tisanes rafraichissantes et les bains alcalins.

Comme aucune amélioration ne s'est produite du fait de ce traitement, le malade vient à l'Hôtel-Dieu demander une intervention,

A l'entrée, le malade se présente sous l'aspect d'un homme très affaibli ; il est maigre, les téguments ont une teinte blanc jaunâtre, cireuse, presque ictérique.

Pas d'autres troubles fonctionnels que l'hématurie ; les urines du malade sont toujours teintées de sang, mais il n'éprouve absolument pas de douleurs, ni pendant les mictions, ni en dehors d'elles. L'hématurie n'est pas influencée par les secousses, les voyages en chemin de fer ou en voiture. Le malade dit n'avoir pas maigri, avoir conservé son appétit et son sommeil, mais vu ses forces s'affaiblir.

En 24 heures, le malade, dont on a recueilli les urines dans une cantine, a uriné 2 litres 600 ; il n'a cependant pas de pollakiurie, car il ne se lève qu'une ou deux fois la nuit. Les urines sont brun-foncé, et au fond du vase on remarque quelques caillots.

A l'épreuve des trois verres, on constate que les trois verres sont colorés en rouge par le sang, mais le verre du commencement de la miction est manifestement plus coloré que celui de la fin ; le verre du milieu contient un caillot noirâtre allongé et cylindrique. Cette urine, filtrée, devient jaune clair ; l'épreuve de l'acide azotique montre un gros disque d'albumine ; il n'y a pas de pigments biliaires.

A la palpation de l'abdomen, on ne sent rien de spécial ; pas de ganglions inguinaux. Le toucher rectal montre une prostate normale, et ne réveille pas de douleur au niveau du col ou du bas-fond vésical. L'explorateur de Guyon ne fait rien percevoir d'anormal dans la vessie ni dans le canal urétral.

Au niveau des reins, l'exploration ne révèle ni tuméfaction, ni douleur.

Le malade a les jambes un peu enflées.

A l'examen du cœur, on constate de violents battements épigastriques ; le cœur droit est dilaté ; il y a de la danse des artères au cou. Au niveau de l'appendice xyphoïde, on entend un souffle systolique léger, ne se propageant pas. Au niveau de la région mésocardiaque, on perçoit un souffle très doux, mésosystolique, ne se propageant pas et disparaissant dans l'inspiration.

Aux poumons, on a de l'obscurité aux deux sommets et de la congestion des bases.

7 juillet. — Intervention. — M. Vignard fait une cystostomie sus-pubienne ; il trouve une tumeur, l'excise, suture la vessie, laisse un drain en place.

8 juillet — Le soir de l'opération, le malade a eu une température de 40°.

Le lendemain, on défait la suture vésicale, et on coud la vessie à la peau.

20 juillet. — Le malade fait des abcès sous-cutanés au niveau des paupières.

27 juillet. — Le malade meurt.

A l'autopsie, on ne trouve rien dans le péritoine. Les reins sont volumineux, sans suppuration, mous et décolorés (gros reins blancs). Les uretères, loin d'être dilatés, sont, au contraire, plutôt diminués de calibre.

On constate une légère péricystite. La muqueuse vésicale est ardoisée avec colonnes. La prostate est légèrement augmentée de volume. La plaie vésicale est à peu près guérie.

Rien au cœur ni aux poumons.

La mort doit donc être attribuée à une septicémie subaiguë.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur Poncet)

Epithelioma végétant de la vessie. — Cystite. — Large cystectomie partielle. — Mort dix-sept jours après l'intervention : pyélonéphrite : infection généralisée.

G. ., Charles, 60 ans, garde forestier, entre à la salle St-Philippe le 6 novembre 1908.

Le malade entre pour des hématuries persistantes, pour lesquelles le soigne depuis plusieurs mois son médecin.

A. H. — Père mort à 87 ans d'affection indéterminée.

Mère morte d'un néoplasme abdominal.

Une sœur, habitant Paris, assez bien portante actuellement, mais qui aurait, paraît-il, subi une opération abdominale.

A. P. — Marié ; père d'un fils bien portant.

Le malade nie l'alcoolisme ainsi que toute maladie vénérienne.

En 1870, il eut une pleurésie, à la suite de laquelle il resta affaibli et toussant pendant quelques années; puis il reprit le dessus.

Depuis 1870 également, il ressent des douleurs vagues dans l'épaule droite ; il y a 15 ans, ces douleurs se firent sentir pendant quelque temps avec une acuité particulière.

À point de vue urinaire, le malade s'est toujours levé deux fois la nuit pour uriner ; mais il n'avait rien remarqué de particulier avant deux ans. A cette époque, pendant une huitaine de jours, il observa à la fin de sa miction, l'apparition au méat de quelques gouttes de sang. Le malade ne s'inquiéta pas de cet accident, et ne vit aucun médecin. Tout rentra dans l'ordre apparemment.

Il y a environ 4 mois, les mictions, et particulièrement les mictions nocturnes, augmentèrent de fréquence. D'autre part, le malade se

mit à éprouver des douleurs en urinant. Les douleurs existent pendant toute la durée de la miction, elles siègent dans le canal et, particulièrement, à l'extrémité de la verge.

Il y a deux mois, nouvelle apparition des gouttes de sang terminales. Puis, l'urine se met à se colorer en totalité, prenant une teinte rouge foncé, tout à fait caractéristique de la présence du sang. A partir de ce moment, les hématuries se montrent de façon intermittente avec des intervalles de quelques jours ; le malade suit un traitement médical qui reste sans effet.

Il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, le 6 novembre.

A l'entrée, au point de vue général, le malade dit n'avoir pas maigri ni perdu ses forces d'une façon très sensible.

Comme symptômes fonctionnels, il accuse des hématuries, avec douleurs irradiées au gland, au moment des mictions. Dans l'intervalle de celles-ci, il éprouve une sensation de pesanteur hypogastrique presque continuelle, avec parfois des faux-besoins n'aboutissant qu'à l'expulsion assez pénible de quelques gouttes d'urine.

Cette symptomatologie ne semble pas, au dire du malade, influencée par la marche et les courses en voiture.

A l'examen, les urines sont fortement teintées dans leur totalité ; la coloration est rouge-Bordeaux. Elles se montrent telles au cathétérisme explorateur, et, recueillies successivement dans deux verres, ne présentent pas de différence dans leur aspect ou leur coloration.

Après l'émission de l'urine proprement dite, apparaissent à la sonde quelques gouttes beaucoup plus foncées que le liquide précédemment recueilli, et qui semblent bien être du sang pur.

Au cours du cathétérisme pratiqué avec une sonde de Nélaton de moyen calibre, on note la sensation d'un obstacle siégeant dans la région prostatique de l'urèthre. Le toucher rectal, combiné à la palpation abdominale, vient confirmer ce renseignement. La prostate paraît volumineuse, surtout du côté droit.

Les régions lombaires sont explorées. Rien de particulier à noter à leur niveau : ni douleur, ni tuméfaction.

La langue est un peu blanche, mais ne présente pas l'aspect de la langue urinaire.

L'appétit est diminué. Pas d'exagération de la soif. Pas de frisson.

Température : 37° 2.

Intervention le 10 novembre 1908. — Incision sus-pubienne longitudinale, avec section transversale des droits complète à droite.

Après incision de la vessie, on constate l'existence d'une tumeur située sur le côté droit et infiltrée dans la paroi vésicale.

Quelques manœuvres de décollement périvésical semblent démontrer que la tumeur n'est pas adhérente aux plans voisins ; on se décide à faire une cystectomie partielle. On enlève ainsi toute la moitié droite de la vessie. La section affleure en effet en avant le col vésical. Sur le bas-fond, on enlève l'orifice uretéro-vésical droit, et l'on sectionne l'uretère à 3 ou 4 c/m. au-dessus. (L'orifice uretéro-vésical droit était complètement perdu dans la tumeur). La tranche de section de l'uretère est fixée sur la tranche de section de la vessie par quelques points au catgut. En outre de la cystectomie, on enlève quelques ganglions de la région périvésicale. La tumeur est dépassée de quelques centimètres sur tout son pourtour. L'opération est terminée par une sorte d'autoplastie vésicale qui aboutit à la formation d'une petite vessie. Cette cavité vésicale est maintenue ouverte à l'extérieur grâce à quelques points de suture vésico-cutanés, établissant une cystostomie sus-pubienne. L'espace périvésical décollé, est drainé au moyen de deux mèches.

Examen de la pièce anatomique. — La tumeur constitue une masse du volume d'une pomme. D'un aspect rosé, elle est formée d'une masse de végétations irrégulières, plus ou moins saillantes et constituées par un tissu relativement résistant. Elles reposent sur un fond de tissu ferme, qu'elles ont respecté, et le revêtement péritonéal qui le recouvre n'a contracté aucune adhérence avec les organes avoisinants. D'ailleurs la paroi, vue par sa face externe, ne présente pas d'altérations microscopiques.

Cette tumeur, qui occupait la partie droite et le bas-fond de la vessie, englobe dans son intérieur l'orifice de l'uretère droit, et son ablation a nécessité l'ablation du segment inférieur de celui-ci. Le

morcellement de la pièce empêche de reconnaître actuellement quel était son siège. L'uretère paraissait peu comprimé par la tumeur.

Le pourtour de la lésion est nettement délimité. La muqueuse cesse brusquement pour céder la place aux végétations néoplasiques.

A ce niveau, elle est épaissie, violacée. La section de la paroi vésicale a été faite à plus d'un centimètre de ce bord.

En résumé, l'examen macroscopique de la pièce prouve qu'il s'agit d'un épithélioma végétant de la paroi vésicale.

26 novembre 1908. — Le malade est mort ce matin.

Depuis l'intervention, on a pratiqué des lavages bi-quotidiens de la vessie, soit par le canal, soit par les drains sus-pubiens.

L'état général, qui semblait assez satisfaisant les jours qui suivirent immédiatement l'intervention, avait progressivement décliné. Le malade présentait un certain degré d'hypothermie. Langue sèche. Jamais il n'a consenti à s'alimenter, et a présenté, depuis le jour de l'intervention, une anorexie totale.

L'urine, dont la sécrétion s'était ralentie le soir et le lendemain de l'opération, avait repris ensuite un cours assez abondant, et les pansements étaient toujours abondamment souillés.

27 novembre. — **Autopsie.** — Pyélonéphrite au niveau du rein droit. Les sutures maintenant l'uretère droit à la vessie avaient tenu.

L'uretère est trouvé s'abouchant au bas-fond de la vessie nouvellement constituée. La paroi de celle-ci est friable, d'ailleurs légèrement déchirée en un point. Elle est couverte à sa face externe de pus plus ou moins concrété. Dans l'espace périvésical drainé stagne une assez grande quantité de liquide louche d'odeur très fétide.

OBSERVATION V

(Inédite).

(Service de M. le Professeur Poncet).

Tumeur du bas-fond vésical. — Longue évolution. — Cystostomie. — Excision de la tumeur. — Cachexie rapide. Mort.

D..., Joseph, 65 ans, peintre en voitures, entre à la salle Saint-Philippe le 22 juin 1909.

A. H. — Père et mère morts très âgés, d'affections inconnues.

A. P. — Le malade dit n'avoir pas eu de maladies dans l'enfance ; il ne signale ni écrouelles, ni otorrhée.

Il a fait son service militaire et la campagne de 1870 ; il a été prisonnier en Allemagne pendant huit mois. Après son rapatriement, il repart pour l'Algérie, où il reste près de trois ans. Enfin, il rentre définitivement en France ; sa santé n'est pas du tout altérée par ces aventures. Il rapporte seulement d'Afrique un peu de paludisme qui ne tarde pas à disparaître.

Marié, il a eu cinq enfants ; trois sont morts en bas-âge, l'un d'une méningite, un autre des suites de la rougeole, le troisième d'une maladie de cœur. Il a deux enfants vivants et bien portants.

Au point de vue génital, on note dans les antécédents du malade une blennorrhagie légère dans l'adolescence. Il ne semble pas avoir eu la syphilis.

Rien ne peut faire songer à la bacillose ; le malade n'a jamais toussé ni eu de pleurésie. Depuis quelques années, il a cependant de la bronchite chronique.

Le malade entre pour des hématuries. — Ces hématuries violentes ont débuté il y a deux mois environ ; mais le malade ra-

conte que déjà il lui était arrivé 4 ou 5 fois d'uriner le sang, la première hématurie étant survenue il y a une vingtaine d'années environ, alors que le malade avait 45 ans. Ces hématuries préliminaires ont toujours été peu abondantes et de courte durée ; elles duraient trois à quatre jours seulement ; au dire du malade, l'écoulement sanguin était surtout terminal. Dans l'intervalle de ces hématuries, l'urine du malade était parfaitement claire. Il ne ressentit jamais aucune douleur.

Il y a deux mois, les hématuries réapparurent, pour se répéter à chaque miction ; depuis ce moment, pas une seule fois le malade n'a vu ses urines non sanglantes.

Ces hématuries continuelles constituent presque toute l'histoire du malade. Il ne ressent aucune douleur, ni vésicale, ni lombaire. Jamais il n'a remarqué dans ses urines ni sable, ni calcul ; l'hémorragie n'était pas influencée par la marche et la fatigue. Le sang apparaissait dès le début de la miction et teintait uniformément l'urine. La teneur en sang, à en juger par la coloration plus ou moins foncée, était toujours sensiblement constante.

Les mictions n'étaient pas douloureuses, le jet d'urine non déformé. Jamais une miction ne fut brusquement interrompue.

Le malade accuse avoir très souvent pissé des caillots plus ou moins longs, minces et effilés.

Au point de vue général, le malade dit avoir maigri considérablement depuis deux mois ; les forces ont diminué également dans de grandes proportions. L'appétit est à peu près conservé.

A l'entrée, on est frappé à première vue par la pâleur anémique des téguments, qui présentent en même temps une teinte jaune paille.

Rien de particulier à signaler du côté des autres appareils ; les fonctions digestives se font normalement.

Rien aux poumons ni au cœur.

Les réflexes sont normaux.

L'éthylisme est certain.

Le foie est normal : pas de trace de cirrhose. Il existe peut-être un léger degré d'ascite.

Il n'existe pas d'autres hémorragies que les hématuries ; on note l'existence de nombreux nœvi sur la paroi abdominale et dans le dos.

A l'examen, on sent à la palpation, dans la fosse iliaque droite, ou même un peu plus haut, une zone d'empâtement plutôt qu'une tuméfaction nette, difficile à déterminer à cause de l'épaisseur de la paroi. Dans les grands mouvements inspiratoires, on n'obtient pas le ballonnement rénal.

La prostate est de moyenne dimension. Le toucher rectal combiné au palper abdominal révèle une infiltration diffuse du plancher vésical.

A l'exploration, on ne perçoit pas de calcul.

Diagnostic : papillome dégénéré.

29 juin 1909. — M. Patel fait une cystostomie sus-pubienne : on se trouve en présence d'une tumeur bourgeonnante et pédiculée, du volume d'une noix, insérée sur le bas-fond vésical, au niveau du trigone. La tumeur est excisée, le pédicule cautérisé au thermo. On suture les parois de la vessie aux lèvres de la plaie abdominale, et on met en place deux longs tubes pour assurer le drainage.

Examen de la tumeur. — Il s'agit d'une tumeur d'origine épithéliale, affectant la forme papillomateuse. Elle semble maligne en raison de l'infiltration du stroma.

5 juillet 1909. — Les suites opératoires ont été normales ; la sécrétion urinaire s'est rétablie ; l'urine était claire, sans traces de sang.

Mais la cachexie, continuant sa marche, a emporté le malade, qui est mort le 5 juillet 1909, sans que l'autopsie puisse être faite.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de M. le Docteur Leriche.)

Tumeur de la vessie. — Cystostomie.

Guérison opératoire.

Il s'agit d'un homme de 70 ans, entré dans le service de M. Poncet au mois de septembre 1908. Depuis une dizaine d'années, il a des troubles prostatiques plus ou moins accusés : polyurie et pollakiurie nocturne, difficultés de la miction à certains jours. Mais jamais il n'a eu de rétention aiguë.

Il y a un an, sont apparues des hématuries capricieuses, irrégulières, non influencées par le repos ni par le mouvement. Les pertes de sang étaient très abondantes ; le malade s'est anémié très rapidement et a maigri beaucoup.

Il y a trois jours, le malade a eu un brusque accès de rétention qui ne céda qu'à un cathétérisme fait en ville par son médecin, le D^r Mastier.

A l'examen, on trouve un malade très amaigri, très anémié, ayant des tissus blancs, mous, comme œdémateux. L'examen somatique est négatif. Par le palper combiné au toucher rectal, on sent une masse continue avec la prostate qui, du côté du rectum, n'est pas très volumineuse.

Il n'y a pas de ganglions dans les aines ni dans le ventre.

Les urines sont uniformément colorées en rouge. Le cathétérisme ramène du sang presque pur. L'exploration ne montre pas de calcul, mais révèle une grosse masse molle à l'entrée du col.

Le diagnostic de tumeur vésicale ne paraît pas douteux.

Le 25 septembre, M. Leriche fait une taille vésicale : la vessie ouverte, on trouve de grosses végétations molles, fongueuses, développées autour du col, surtout en arrière.

Ces masses sont curettées et excisées, puis la vessie est fixée à la peau.

Pendant les jours suivants, on fait des lavages deux fois par jour.

Les suites ont été normales, malgré un peu de congestion pulmonaire passagère.

Le 20 octobre, le malade repart chez lui, très amélioré, ayant des urines claires et sa fistule vésicale bouchée.

Histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma.

OBSERVATION VII

(M. Delore).

in Traité de la Cystostomie sus-pubienne,
par MM. Poncet et Delore.

Cancer de la vessie. — Cystostomie. — Disparition des hématuries.

C... (Luc), 70 ans, est envoyé par le Dr Giraud, de Vinay (Isère), pour une cystite et des hémorragies vésicales, symptomatiques d'un néoplasme.

Cachexie. Grosse prostate, cathétérisme assez facile ; mais cystite intense et purulente, non améliorée par les lavages.

Urines infectes, remplies de pus et de sang. Cet état persiste pendant quatre jours, malgré des lavages réitérés.

Pas de température. Mauvais état général. Le malade est atteint de lésions rénales.

Le diagnostic porté est : cystite aiguë due à une dégénérescence prostatique probable.

Le 21 avril 1898, M. Delore pratique la cystostomie sus-pubienne, après injection de 150 grammes d'eau boricuée. Malgré le lavage fait avant l'opération, il y a encore du pus dans la vessie, pus épais, concret, qui avait eu les plus grandes difficultés à sortir par la sonde.

Hémorragie vésicale. Le col de la vessie présente un aspect fongueux et bourgeonnant. Il s'agit bien d'un cancer du bas-fond.

Le soir, pansement souillé de sang.

25 avril. — On ne constate plus de suintement sanguin.

29 avril. — Plus de douleurs ; excellent état local et général.

L'amélioration s'affirme chaque jour. Le 8 juin, le malade quitte l'hôpital, avec l'appareil Souel fonctionnant bien. Les urines sont claires.

Quelques mois après, le D^r Giraud adresse au D^r Delore, sur sa demande, les renseignements suivants : « Le nommé C., que vous avez opéré, est mort le 31 juillet. Il avait conservé son méat hypogastrique, *et n'a plus eu d'hématuries*. Les derniers temps, il urinait un peu par le canal. Il a souffert huit ou dix jours avant sa mort, et pendant les derniers jours, il ne pouvait plus supporter son appareil ».

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le D^r Delôre).

Cancer de la vessie avec ulcérations multiples. — Cystostomie. — Cessation des hématuries.

J. . . , 72 ans, comptable, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Professeur Poncet, au mois d'avril 1908, pour des hématuries rebelles et continues, ayant débuté trois mois auparavant.

L'exploration montre que la vessie, distendue par du sang, forme un gros globe sus-pubien. Le cathétérisme ramène une grande quantité d'urine teintée de sang noirâtre ; les dernières gouttes sont constituées par du sang pur.

Les douleurs sont intolérables ; les urines, infectes. La température oscille entre 38° et 39°.

On se décide à faire une incision exploratrice de la vessie, le diagnostic de tumeur vésicale étant certain.

M. Delore pratique une cystostomie sus-pubienne ; il existe, dans la vessie, plusieurs ulcérations ; l'une d'elles, située sur le bas-fond vésical, est adhérente, et manifestement cancéreuse.

Il ne saurait être question de faire une ablation. On se contente de suturer la plaie vésicale aux lèvres de la plaie abdominale.

Le malade est aussitôt soulagé ; les douleurs causées par la rétention ont disparu, ainsi que les hématuries.

Trois mois après, le malade succombe à la cachexie et à l'infection urinaire chronique.

	AGE	SEXE	SIÈGE DE LA TUMEUR	DURÉE DE L'ÉVOLUTION à partir du premier symptôme	PREMIER SYMPTÔME OBSERVÉ
Obs. I	70	H.	Bas-fond de la vessie	15 ans	Hématuries.
Obs. II	48	H.	Dôme vésical	1 mois	Douleurs abdominales non localisées. Vomissements. Constipation.
Obs. III	59	H.	Col	11 mois	Hématuries.
Obs. IV	60	H.	Bas-fond et paroi droite	2 ans	Hématuries.
Obs. V	65	H.	Bas-fond	20 ans	Hématuries.
Obs. VI	70	H.	Col	1 an	Hématuries.
Obs. VII et VIII	70 et 72	H. H.	Bas-fond		Hématuries.

COMPLICATIONS	DIAGNOSTIC (Moyens qui ont permis de le faire).	TRAITEMENT	RÉSULTATS
Rupture sous-péritonéale de la vessie.	Fait sur la table d'opération.	Cystostomie. Méat hypogastrique	Survie de 15 mois. Mort par lésions des voies urinaires supérieures.
Cystite.	Fait par la cystoscopie.	Cystectomie extra-péritonéale.	Guérison, mais récidive 2 mois après l'intervention, et mort.
Anémie prononcée.	Fait par la cystoscopie.	Cystostomie. Excision de la tumeur Méat hypogastrique.	Mort par septicémie subaiguë.
Cystite.		Cystectomie. On enlève toute la moitié droite de la vessie.	Mort par pyélonéphrite ascendante.
Cachexie	Longue évolution. Caractère terminal des premières hématuries.	Cystostomie. Excision de la tumeur Méat hypogastrique.	Mort par cachexie.
Troubles prostatiques datant de 10 ans.	Exploration.	Cystostomie. Excision des végétations. Méat hypogastrique.	Guérison.
Cystite purulente. Cachexie avancée.		Cystostomie simple	Disparition des hématuries. Survie de 3 mois.

DEUXIÈME PARTIE

Renseignements fournis par nos observations
sur l'Etiologie, la Symptomatologie, le Diagnostic
et le Traitement des Tumeurs de la vessie.

CHAPITRE PREMIER

Données étiologiques

SEXE

Les huit cas de tumeurs de la vessie que nous venons de citer se rapportent à des hommes. Ce n'est pas à dire que les tumeurs de la vessie ne se rencontrent pas chez la femme : mais elles sont beaucoup plus rares.

Albarran, dans sa statistique personnelle, compte, sur 381 malades atteints de tumeurs de la vessie qu'il a observés, 334 hommes et 47 femmes, ce qui fait une proportion de 14 % de femmes.

M. Rafin, rapportant 126 observations de malades ayant subi une résection partielle ou totale de la vessie pour tumeur épithéliale, trouve une proportion de 90 hommes

pour 36 femmes, ce qui fait 40 % de femmes, Nous sommes loin des chiffres cités par Albarran, qui indique, pour 310 tumeurs épithéliales, 21 cas se rapportant à des femmes, soit une proportion de 6,70 %.

La grande variété de ces chiffres nous montre qu'il n'y a rien d'absolu à ce sujet, et nous nous bornerons à dire que les tumeurs de la vessie sont plus rares chez la femme que chez l'homme, sans que l'on puisse établir un rapport numérique même approximatif.

AGE

A part le malade de notre observation II, qui n'avait que 48 ans, l'âge des malades que nous avons observés oscille entre 59 et 72 ans. C'est bien en effet à cette époque de la vie que les tumeurs de la vessie sont le plus fréquentes, surtout les tumeurs épithéliales. D'après Albarran le maximum de fréquence en ce qui concerne ces tumeurs est atteint de 50 à 60 ans ; à partir de 60 ans, le nombre des malades diminue, mais décroît très lentement entre 60 et 70 ans, tandis qu'à partir de 70 ans les tumeurs sont presque aussi rares que chez les enfants. Nous trouvons la confirmation de ces chiffres dans les statistiques publiées par le Dr Rafin, où nous obtenons comme moyenne 52 ans.

MALADIES URÉTRO-VÉSICALES ANTÉRIEURES

Chez deux de nos malades (obs. III et V), nous avons pu trouver une blennorrhagie dans l'adolescence. Un autre (obs. VI) présentait des troubles prostatiques (polyurie, pollakiurie nocturne, difficultés de la miction à certains

jours) depuis une dizaine d'années. Les cinq autres n'avaient pas de passé urinaire.

L'irritation locale joue certainement un rôle dans la pathogénie des tumeurs de la vessie, mais il faut qu'elle soit chronique et répétée. Antal a remarqué, dans les cystites chroniques, des plaques épithéliales, qu'il signale comme le foyer d'origine possible des cancers.

Küster pense que la localisation des tumeurs dans le bas-fond peut s'expliquer par le séjour de l'urine plus prolongé à ce niveau. M. Rafin nous a dit avoir observé dans la vessie d'un de ses malades des plaques de leucoplasie, sur l'une desquelles s'était greffé un papillome, absolument comme un cancer de la langue se greffe sur une plaque de leucoplasie buccale. Albarran affirme que les exemples de formations papillaires dues à la cystite ne sont pas rares.

Il semble bien, chez le malade de notre observation VI, que quelque chose de semblable ait pu se produire.

Quant aux deux autres (obs. III et V) ils semblent n'avoir eu l'un et l'autre qu'une blennorrhagie banale, sans complications du côté de la vessie, partant sans influence sur le développement ultérieur d'une néoplasie au niveau de cet organe.

CHAPITRE DEUXIÈME

Données symptomatiques

DATE DU DÉBUT

Nous indiquerons ici le temps qui s'est écoulé entre l'apparition du premier symptôme et le jour où le malade est entré à l'hôpital.

Obs. I.....	15 ans.
Obs. II.....	1 mois.
Obs. III.....	11 mois.
Obs. IV.....	2 ans.
Obs. V.....	20 ans.
Obs. VI.....	1 an.
Obs. VII.....	pas de renseignements.
Obs. VIII.....	3 mois.

C'est en général de 3 mois à 1 an et entre 1 et 2 ans après le début que les symptômes deviennent assez importants, la situation assez inquiétante pour que les malades se décident à venir à l'hôpital. (Obs. III, IV, VI et VIII).

Il est rare que les premières hématuries soient intenses, et nous n'avons qu'une seule observation (Obs. II), d'un malade qui est venu consulter un mois après le début des symptômes, cela parce que des troubles péritonéaux avec douleur abdominale intense, vomissements et constipation ont pris le pas sur l'héma-

turie qui, à elle seule, n'aurait probablement pas suffi à inquiéter le malade.

Par contre, nous avons deux cas où le début de la maladie remonte déjà à une date fort éloignée : 15 ans dans notre observation I, 20 ans dans notre observation V.

Cette longue durée de l'évolution, pour être rare, n'a cependant rien d'extraordinaire. Albarran cite le cas d'un malade observé par Guyon, dont le premier symptôme, l'hématurie, remontait à 30 ans.

MODE DE DÉBUT. — PREMIER SYMPTÔME

A part le malade de notre observation II, dont le début de la maladie a été marqué par des douleurs abdominales, mais qui était porteur d'une tumeur située dans la région du dôme vésical, ce qui est une localisation rare, nous avons toujours vu l'hématurie être le premier symptôme qui a attiré l'attention du malade sur son appareil urinaire. Ceci est absolument normal. Presque toujours, un malade, porteur d'une tumeur de la vessie, a vu un jour que ses urines étaient sanguinolentes ; n'était le sang mélangé à l'urine, rien n'indiquerait quelque chose d'anormal, car le malade ne souffre pas. C'est le cas de la plupart de nos malades (obs. I, III, IV, V, VI), qui tous ont vu leur miction sanglante avant d'éprouver de la douleur ou de présenter tout autre symptôme fonctionnel.

DONNÉES DE L'EXPLORATION

Toutes les fois que, chez nos malades, l'exploration et la cystoscopie ont pu être pratiquées, ces manœuvres ont apporté au diagnostic le plus précieux concours.

Chez le malade de notre observation II, l'explorateur de Guyon a permis de reconnaître que la distension de la vessie était douloureuse et difficile, et de sentir sur le dôme vésical la tumeur sous la forme d'une surface un peu rugueuse et mamelonnée.

L'exploration pratiquée au moyen du cathéter de Guyon chez un autre de nos malades (Obs. III), n'a rien décelé, mais la cystoscopie avait permis à M. Rafin de reconnaître chez ce malade, quelques mois auparavant, la présence d'une tumeur pédiculée siégeant au niveau du col de la vessie.

Notre observation IV concerne un malade chez qui le cathétérisme explorateur a permis de ramener du sang pur, et a révélé la présence d'un obstacle siégeant au niveau de la région prostatique de l'urèthre.

Enfin, la même méthode a permis à M. le Dr Leriche de reconnaître chez son malade (obs. VI), la présence d'une grosse masse molle à l'entrée du col.

COMPLICATIONS

La cystite est une complication si fréquente des tumeurs de la vessie que l'on peut presque la considérer comme un symptôme constant mais plus ou moins tardif dans l'évolution des néoplasmes. Nous l'avons rencontrée, avec son caractère habituel de ténacité opiniâtre, chez cinq de nos malades (obs. II, IV, VI, VII et VIII).

Mais la complication la plus intéressante de tumeur de la vessie que nous devons noter est la rupture sous-péritonéale de l'organe, survenue chez le malade de notre observation I.

Cette complication est fort rare. Albarrán et Clado n'en signalent que quelques cas. Elle est le plus souvent due à une ulcération de la paroi par le néoplasme. Dans notre cas, la paroi ne semblait pas dégénérée autour du siège de la rupture, et cette complication paraît avoir été causée par la distension excessive de la vessie déterminée par la tumeur qui formait clapet au niveau du col vésical et s'opposait à la miction.

Cette complication est de la plus haute gravité. Notre malade n'y a pourtant pas succombé. Bien plus, une intervention rapide, bien que palliative, a amené une guérison temporaire de huit mois, et une survie totale de quinze mois.

CHAPITRE TROISIÈME

Symptômes et procédés d'exploration qui ont permis d'établir le diagnostic.

Le diagnostic des tumeurs de la vessie est souvent très difficile.

Ses éléments principaux doivent être recherchés dans les caractères et les variations de l'hématurie, qui est un symptôme constant, et parfois même le seul qui existe. Les hématuries néoplasiques sont capricieuses : elles apparaissent spontanément et disparaissent sans raison appréciable. Le repos le plus rigoureux, la médication la plus active, demeurent sans influence. Dans leur disparition, comme dans leur venue, l'imprévu tient le premier rôle. Avant comme après, la limpidité des urines est parfaite et l'analyse n'y fait rien découvrir. Ce contraste est significatif. Toutes les fois que l'hématurie est le seul symptôme, que la maladie semble commencer et finir avec elle, il faut craindre une néoplasie.

On recherchera ensuite si les urines sont augmentées comme quantité, ce qui peut être le fait d'une pyélonéphrite ascendante, ou diminuées, ce qui peut signifier que le néoplasme, siégeant au niveau du col, comprime les uretères ; si elles contiennent des fragments de tumeurs. Enfin, par l'épreuve des trois verres, on se rendra compte du caractère terminal de l'hémorragie.

On pratiquera alors le cathétérisme, d'abord avec l'explorateur simple à boule, puis avec la seconde molle de Nélaton. Cette exploration faite, on procédera au lavage de la vessie et on observera le liquide à sa sortie.

On éliminera l'hypothèse d'une hématurie de provenance rénale par la recherche de la sensibilité des deux reins.

La manœuvre du ballottement rénal permettra de se rendre compte s'ils sont augmentés de volume,

Pour compléter l'examen du malade, on aura recours aux sensations fournies par l'explorateur métallique de Guyon, et, enfin et surtout, toutes les fois que ce sera possible, on examinera directement la muqueuse vésicale au moyen de la cystoscopie.

Que voyons-nous de tout cela dans nos observations ?

Chez le malade de l'obs. I, la question de la recherche du diagnostic ne s'est pas posée. Ce malade est arrivé à l'hôpital avec une rétention d'urine qui datait de 48 heures ; deux cathétérismes ont été pratiqués ; ils n'ont ramené que quelques gouttes de sang. Il fallait agir vite. On a pratiqué une taille hypogastrique, et c'est alors qu'on s'est rendu compte de l'existence d'un néoplasme.

Le malade de l'obs. II présentait des hématuries à type nettement terminal, provenant sans cause apparente et s'accompagnant de mictions fréquentes. Le cathéter de Guyon donna la sensation caractéristique de tumeur mamelonnée, et cette exploration s'accompagna d'un abondant suintement sanguin. Le diagnostic s'imposait.

Le malade de l'obs. III présentait le type parfait de l'hématurie vésicale d'origine néoplasique telle que nous l'avons décrite plus haut, capricieuse, inconstante et indolore. La cystoscopie avait révélé quelque temps auparavant la présence d'une tumeur du col vésical.

L'observation IV concerne un malade qui présentait des hématuries d'allure néoplasique, accompagnées de phénomènes de cystite. Le cathétérisme explorateur donna la sensation d'un obstacle et ramena quelques gouttes de sang pur.

Le malade de l'obs. V, que nous avons pu examiner nous-même, n'a pas été cystoscopé. Le diagnostic de tumeur de la vessie a été fait chez lui d'après la longue évolution de la maladie, les hématuries à caractère néoplasique, la cachexie progressive, l'absence de douleur au niveau des reins, et le résultat négatif de la recherche du ballonnement rénal.

M. le Docteur Leriche a pu faire le diagnostic de tumeur vésicale chez son malade (obs. VI) d'après l'existence d'hématuries capricieuses, irrégulières, non influencées par le repos et le mouvement ; la perception par le toucher rectal d'une masse continue avec la prostate ; enfin, la révélation, par le cathétérisme, d'une masse molle siégeant à l'entrée du col.

Enfin, chez les malades des obs. VII et VIII, les hématuries seules, accompagnées de cystite purulente, ont permis de faire le diagnostic.

On voit, d'après ce qui précède, que le diagnostic des tumeurs de la vessie comprend deux éléments essentiels : la recherche des caractères spéciaux de l'hématurie et l'exploration instrumentale.

CHAPITRE QUATRIÈME

Traitement et Résultats

Nos huit malades ont été l'objet d'interventions :

1° Chez trois d'entre eux, on a pratiqué une cystostomie simple (obs. I, VII et VIII) ;

2° Chez trois malades, on a pratiqué la cystostomie avec ablation de la tumeur sans résection, curettage, et création d'un méat hypogastrique (obs. III, V et VI).

3° Enfin, deux malades (obs. II et IV), ont été l'objet d'une cystectomie partielle.

A) CYSTOSTOMIE SIMPLE

Elle a eu des résultats heureux dans les trois cas.

Chez le premier malade (obs. I), on a pu observer une amélioration nette, le rétablissement de la miction par l'urèthre et la cicatrisation de l'incision hypogastrique en quinze jours, une guérison symptomatique parfaite de huit mois, et une survie totale de quinze mois.

Chez les deux malades (obs. VII et VIII), opérés par M. Delore, la simple ouverture de la vessie, en supprimant la congestion et les contractions vésicales, qui traumatisent le néoplasme et l'ulcèrent, a suffi pour arrê-

ter l'hémorragie, et assurer une survie de trois mois, pendant lesquels les hématuries ne se sont pas reproduites.

B) ABLATION DE LA TUMEUR SANS RÉSECTION

Lorsque l'état général est mauvais, que la tumeur est infiltrée, que l'infection s'est propagée aux organes voisins et aux ganglions, l'opération palliative doit être préférée à une résection même partielle, qui aurait pour résultat d'être inutile et de donner un coup de fouet à la marche de la cachexie.

Nous possédons trois cas d'ablation de la tumeur sans résection, avec formation d'un méat hypogastrique.

Le malade de notre observation III est mort de septicémie subaiguë vingt jours après l'opération.

Celui de l'observation V a vu se rétablir sa sécrétion urinaire et ses hématuries s'arrêter, mais la cachexie a continué sa marche et a emporté le malade dix jours après l'intervention.

Enfin, notre dernier malade (obs. VI), a vu son état s'améliorer considérablement; la miction s'est rétablie par l'urèthre, la plaie hypogastrique s'est fermée, et le malade est parti guéri.

M. le Docteur Rafin, dans son rapport au Congrès de l'Association française d'Urologie, fournit la statistique suivante, concernant l'intervention sans résection dans les cancers de la vessie:

*1° Opérations radicales par ablation simple
de la tumeur: 57 cas.*

Mortalité opératoire : 8 — soit 14 %, 49 survivants.

Résultats éloignés : 11 cas sans renseignements.

Sur les 38 restants, la plupart sont morts ou récidivés dans l'année, sauf 10 qui ont fourni des récidives plus tardives, ou étaient indemnes au moment du dernier examen. On note, parmi ces dix malades, quelques survies plus ou moins longues, et un seul cas de guérison réelle persistant quatre ans après l'intervention.

*2° Opérations palliatives, établissement d'une fistule,
curettage, thermo-cautérisation de la tumeur : 89 cas.*

22 observations ne mentionnent pas les résultats ultérieurs.

60 opérés sont morts après une survie variant de trois à huit mois.

7 malades seulement sont encore en vie après un intervalle variable qui atteint un an et deux ans pour deux cas.

Ce sont là, évidemment, des résultats peu encourageants. Cependant, à en juger d'après nos observations I et VI, nous croyons qu'une intervention même palliative peut, dans certains cas, être efficace. Et lorsqu'une intervention aura conduit le chirurgien sur une tumeur de la vessie inextirpable, l'affection ne devra pas être aban-

donnée à elle-même, la plus grande partie possible de la tumeur sera abrasée aux ciseaux, enlevée à la curette, thermo-cautérisée. La vessie sera largement drainée. Une amélioration notable suivra parfois ce traitement, les troubles fonctionnels, les douleurs, les hématuries disparaîtront, du moins pour un temps, et quelquefois même le chirurgien aura d'heureuses surprises; spontanément l'incision hypogastrique se fermera et le malade bénéficiera d'une longue survie.

C) CYSTECTOMIE PARTIELLE

La cure radicale du cancer de la vessie est une opération d'exception, qui ne peut être tentée que lorsque le néoplasme est très limité, lorsque l'état général est bon, la généralisation peu probable.

Nous en possédons deux cas :

Premier cas (Obs. H). — Il s'agit d'une tumeur occupant le dôme vésical. M. Bérard fit une résection sous-péritonéale et, abouchant la plaie vésicale à la plaie abdominale, laissa la vessie ouverte. Le malade guérit, mais un bourgeon de récurrence apparut deux mois après, et la cachexie entraîna la mort.

Deuxième cas (Obs. IV). — La tumeur occupait toute la moitié droite de la vessie et le bas-fond. La moitié droite de la vessie est enlevée; sur le bas-fond, on enlève l'orifice urétéro-vésical, on sectionne l'uretère à 3 à 4 cm. au-dessus et on abouche l'orifice de section de l'uretère à la tranche de section de la vessie. La vessie est laissée ouverte. Le malade meurt 16 jours après l'opération, apparemment de septicémie.

M. Rafin donne la statistique suivante, concernant 96 *cystectomies partielles pour cancer épithélial de la vessie* :

21 décès opératoires

75 survivants.

Sur ces 75 survivants, 25 ne fournissent pas de renseignements éloignés. Les 50 autres donnent les résultats suivants :

Mort ou récurrence, 45 cas.

5 guérisons seulement constatées trois ans et quatre mois, quatre ans, cinq ans et six ans après l'opération.

Et encore, si l'on considère que Legueu a publié un cas de récurrence quatre ans après l'opération, il ne reste plus que 3 cas qui, dans l'état actuel de nos connaissances, ont des chances peut-être définitives de guérison.

Les résultats thérapeutiques de la cystectomie partielle, conclue M. le Docteur Rafin, sont légèrement supérieurs à ceux de l'ablation simple, mais la mortalité est plus grande (21 p. 100 au lieu de 14 et 17 p. 100).

TROISIÈME PARTIE

Conclusions

Ayant eu l'occasion d'étudier dans le service de M. le Professeur Poncet quelques observations de tumeurs malignes de la vessie, nous avons spécialement noté les quelques points suivants, confirmatifs des descriptions cliniques :

I. — *Etiologiquement*.— Les tumeurs vésicales se voient surtout chez l'homme et après 50 ans.

II. — *Cliniquement*. -- Elles se traduisent initialement presque toujours par des hémorragies plus ou moins abondantes, capricieuses, échappant aux influences provocatrices ou sédatives habituelles. Les autres symptômes n'apparaissent qu'ultérieurement.

Souvent la maladie marche en deux étapes : une première, de longue durée, correspond à la phase du papillome vésical hémorragique bénin ; une seconde, d'évolution rapide, est la phase de cancérisation.

III. — *Opératoirement.* — Le traitement, qui s'impose souvent comme une nécessité pressante, ne peut qu'exceptionnellement être radical et doit consister en la cystostomie sus-pubienne, avec extirpation et curettage de la tumeur. Quand la tumeur sera limitée, respectera les zones urétérales, la cystectomie large sera l'opération de choix. Mais ces cas sont rares, et la mortalité demeure aujourd'hui encore assez élevée : l'état d'anémie et le degré de cachexie avancée des malades sont à eux seuls suffisants pour l'expliquer.

Le Président de la Thèse,

VU :

ROLLET.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 juillet 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN.... *Traité des Tumeurs de la vessie*. Paris, 1892.
ARNAUD & LERICHE. *Lyon Médical*, 15 novembre 1908.
- BAZY..... Société de Chirurgie, Paris, 1883.
BÉRARD..... Société de Chirurgie de Lyon, décembre 1898.
BILLROTH..... *Arch. f. klin. Chir.* vol. XIX, 1876.
- CIVIALE..... *Traité pratique des Maladies des voies urinaires*,
Paris, 1842.
CLADO..... *Traité des Tumeurs de la vessie*, Paris, 1885.
COVILLARD... *Obs. iatro-chirurgicales*, p. 125.
- DELBRU..... *Des Tumeurs de la région supérieure de la vessie*,
Lyon, 1889.
DITTEL..... *Wien. med. Woch.*, 1879.
- FISCHER..... *Arch. f. klin. Chir.*, 1881-1882.
FÉRÉ..... *Du Cancer de la vessie*, Paris, 1881.
- GLUCK..... *Stricker's med. Jahr*, 1881.
GUIARD..... *Archives gén. de médecine*, 1891.

- GUYON *Progrès Médical*, 1887.
 — *Annales des Maladies des org. gén. ur.*, p. 141 et 458
 — Carcinose prostatopelvienne. *Bull. méd.*, 1887.
 — *Leçons sur les Maladies de la vessie et de la prostate*, 1888.
- HALLÉ *Ann. des Mal. des org. gén.-ur.*, nov. 1885.
- JAMIN Art. Vessie, in *Dict. Dechambre*, vol. XXXIX, 1886.
- KUSTER *Volkman's Sammlung klin., Voltr.*, 1886.
- LE DENTU *Traité des Maladies des voies urinaires*, Paris, 1881.
- LEGUEU Art. Vessie, in *Traité de Chirurgie*, tome IX.
 — *Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les néoplasmes de la vessie* (IX^{me} Congrès de Chirurgie, 1895).
- MONOD Société de Chirurgie, Paris 1883.
- NITZE *Arch. f. klin. Chir.*, vol. XXXVI. *Lancet*, 1888.
- PACINOTI *Dei tumore della vescica e loro cura*. 1888.
- PASSERINI *Dei tumore della vescica e del loro trattamento*, 1888.
- PONCET & DELORE. *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques*. — Application de cette nouvelle méthode aux diverses affections des voies urinaires. Paris, 1899.
- PONCET De la Cystostomie sus-pubienne. *Mercredi médical*, 1891.
 — Congrès de Chirurgie, 1892 et 1894.
 — Congrès des Sociétés savantes, 1893.
 — *Semaine médicale*, 1893 et 1895.
 — Société de Médecine de Lyon, 1897.
- POUSSON *Précis des Maladies des voies urinaires*.
 Intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie. Th. Paris, 1884.

- RAFIN..... *Indications et résultats du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie.* 1905.
- ROLLET..... *Cystostomie sus-pubienne, in : Arch. provinc. de chirurgie, 1893 et 1895 ; Lyon Médical, 21 janvier 1894 et 22 octobre 1894.*
- ROLLIN... *De l'Hématurie dans les néoplasmes de la vessie, Paris, 1885.*
- SIMON..... *Volkman's Sammlung klin. Vortrage.*
- SONNENBURG.. *Berl. klin. Woch., 1884.*
- THOMPSON.... *On tumours of the bladder, London, 1884.*
- VOLKMANN.... *Arch. f. klin. Chir., vol. XIX, 1876.*



